

年 月 日

オンライン資格確認等システムによる
旧保険者からの特定健康診査情報の取得に関する不同意申請書

我孫子市長あて

私は、自身の特定健康診査等の情報を、オンライン資格確認等システムを使用し、我孫子市が旧保険者（我孫子市で国民健康保険に加入する前に加入していた保険の保険者）から取得することに同意しません。

申請者

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
被保険者証記号・番号	我 -
電話番号	

代理人（代理人記入の場合）

フリガナ	
氏名	（申請者との続柄： ）
生年月日	年 月 日
住所	
電話番号	